



ARIZONA DEPARTAMENTO DE SEGUROS ♦ 2910 N. 44th St., Ste. 210. ♦ Phoenix, AZ 85018

Tel: 602-364-2977 ♦ Fax: 602-364-2505 ♦ Toll Free: 1-800-325-2548 ♦

Web Site: [www.id.state.az.us/consumerespanol.html](http://www.id.state.az.us/consumerespanol.html)

## FORMA PARA PEDIR ASISTENCIA

### SECCIÓN A: Información de Usted

Fecha:	Número telefónico:	Número de fax:		
Apellido:	Nombre:	Su Medio Nombre:		
Domicilio:		Ciudad:	Estado	Código Postal:
Contacto por email <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Dirección del email:		

### SECCIÓN B: Información de Asegurado (complete esta sección si asegurado es **algun otro y no usted**)

Nombre de asegurado (si es persona, por favor incluir apellido, nombre y medio nombre):			
Domicilio de asegurado:	Ciudad:	Estado	Código Postal:

### SECCIÓN C: Información de Seguro

Nombre de la compañía de seguro:	Número de póliza:
Tipo de seguro (Vida, salud, auto, propietario, incendio, etc.)	Fecha efectiva de póliza: Estado donde compró póliza:

### SECCIÓN D: Tipo de Proclamar

Para que tipo de proclamar demandar usted asistencia?		
<input type="checkbox"/> Denegación de reclamo	<input type="checkbox"/> Las demoras	<input type="checkbox"/> Cancelación de póliza
<input type="checkbox"/> Estimar de premios	<input type="checkbox"/> Negar seguridad	<input type="checkbox"/> Manejo de representante
<input type="checkbox"/> Otro (por favor explicarse):		

### SECCIÓN E: Declaración de Realidad

<p>Por favor complete y conecte la "Forma de Declaración de Realidad" o conecte declaración breve que explica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que la compañía de seguro/representante ha hecho o no ha hecho, y</li> <li>▪ Que quiere usted que haga el Departamento de Seguros para ayudarle.</li> </ul>
--

*Por mi firma, atesto que la información que proveer con esta forma esta correcta según mi conocimiento, habilidad y lo que puedo recordar y será hecha parte de registros públicos, en acuerdo con las leyes del estado de Arizona.*

**Firma:** \_\_\_\_\_

**LOS MANDAMOS CONFIRMACIÓN CUANDO RECIBIMOS ESTA FORMA.**

*Incapacitados pueden solicitar acomodaciones razonables semejantes a intérpretes, formatos alternativos o asistencia con accesibilidad comunicándose con ADA Coordinator al 602-364-3471. Respuestas se deben ser lo mas pronto que se puede para tener tiempo para obtener los materials de formatos alternativos.*



ARIZONA DEPARTAMENTO DE SEGUROS ♦ 2910 N. 44th St., 2nd Fl. ♦ Phoenix, AZ 85018

Tel: 602-364-2977 ♦ Fax: 602-364-2505 ♦ Toll Free: 1-800-325-2548 ♦

Web Site: [www.id.state.az.us/consumerespanol.html](http://www.id.state.az.us/consumerespanol.html)

## FORMA PARA PEDIR ASISTENCIA

### *Declaración de Realidad*

Fecha:	Nombre (Apellido, Nombre, Medio Nombre):
--------	--

Por favor de explicar que la compañía de seguro/representante ha hecho or no ha hecho.

Por favor de explicar que quiere usted que haga el Departamento de Seguros para ayudarle.